



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Kan brukermedvirkning bidra til mestring, økt selvbilde og bedring for pasienter med diagnosen schizofreni?**

**Can client participation contribute to empowerment, increased self-esteem and improvement for patients with a diagnosis of schizophrenia?**

Skar, Turid Mari

Totalt antall sider inkludert forsiden: 41

Molde, 31.05.2012



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Nils Bekkevold

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 31.05.2012

10474 ord

## Forord

Jeg har her valgt Søren Kierkegaard, for jeg mener han sier meg noe om viktigheten av anerkjennelse og brukermedvirkning.

”Forholdet mellom Hjælperen og den der skal hjælpes maa være Saadan, - at man, naar det i Sandhet skal lykkes En at føre et Menneske til et bestemt Sted, først maa passe paa at Finde Han der hvor Han er og begynde der. Dette er Hemmelig-Heten i all Hjælpekunst. Enhver der ikke kan det, Han er selv i En Indbildning naar Han mener at kunde hjælpe en Anden”

”For i Sandhet at kunde hjælpe en Anden, maa jeg forstaa det Han forstaar. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min merviten Han slett ikke”

Søren Kierkegaard.

Takk for god støtte og oppmuntring

Gjennom disse fire årene til Svanhild og Britt.

Takk til Nils som tålmodig tok imot alle sukkene mine.

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av tema .....	1
1.2 Temaets relevans til vernepleiefaget .....	2
1.3 Formålet med oppgaven .....	2
1.4 Oppgavens oppbygging .....	3
<b>2.0 Problemstilling</b> .....	<b>4</b>
2.1 Begrunnelse og avgrensning av problemstilling .....	4
2.2 Definisjon av begreper .....	4
2.2.1 Brukermedvirkning .....	5
2.2.2 Mestring .....	5
2.2.3 Selvbilde .....	5
2.2.4 Bedring .....	5
2.2.5 Schizofreni .....	6
2.2.6 DPS .....	6
2.2.7 Pasient, bruker eller klient .....	6
2.3 Forforståelse .....	7
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	8
3.1.1 Innhenting av litteratur .....	9
3.1.2 Kilder og kildekritikk .....	9
<b>4.0 Teori, funn og analyse</b> .....	<b>11</b>
4.1 Schizofreni .....	11
4.2 Årsaksmodeller .....	12
4.2.1 Stress – sårbarhetsmodell .....	14
4.3 Schizofreni og selvbilde .....	15
4.4 Brukermedvirkning .....	19
4.4.1 Mestring gjennom brukermedvirkning i institusjon .....	19
4.5.2 Fra mestring mot bedring .....	23
4.5.3 Bedring via brukermedvirkning til egen medvirkning .....	25
<b>5.0 Oppsummering og refleksjon</b> .....	<b>32</b>
<b>6.0 Litteraturliste</b> .....	<b>33</b>

## **1.0 Innledning**

Brukerperspektivet og hvordan en behandler tenker om det er sentralt, og opptar meg mye. Jeg var på et seminar av psykolog Arnhild Lauveng for noen år tilbake som gjorde sterkt inntrykk på meg. Hun hadde tidligere diagnosen schizofreni og har selv vært innlagt på psykiatrisk avdeling. Hun stiller blant annet spørsmål om syke mennesker har mindre verdi? Og hvem skal definere hva bedring er? Og er det sånn at tidligere syke alltid må være dobbelt så friske for å være friske?

Jeg tenker at alle har behov for å få anerkjennelse i forhold til egne problemer, egen mestring og egne løsningsforsøk. Forutsetningen blir da at hjelpeapparatet arbeider i relasjon med pasienten, pårørende og nettverk på en slik måte at pasienten kjenner seg møtt, styrket og forstått.

### ***1.1 Presentasjon av tema***

Tema for oppgaven er brukermedvirkning – å ta brukermedvirkning på alvor for mennesker som har diagnosen schizofreni. Den danske filosofen Søren Kierkegaard skrev at ” den største trussel et menneske kan oppleve er det å miste seg selv,” dette skrev han 100 år før selve psykologien. I dag kaller vel fagmiljøene dette for selvbevissthet, essensen i mennesket, altså det kunne forholde seg bevisst til egen eksistens.

I følge Bredeland, Linge, Vik (2011) er det en stor utfordring – å la folk som oppsøker helse sektoren, beholde sjølråderetten. En er avhengig av god kommunikasjon og samhandling mellom tjenestemottaker og tjenesteyter for å styrke personens mulighet til mestring, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Mennesker med psykiske lidelser beskrives med begrep som at de har et skjørt selvbilde, de er sårbare i følge Vatne (2006: 104).

I følge Bredeland, Linge, Vik (2011), så definerer de begrepet selvbilde som: den bevisste oppfatningen en person har om seg selv. Oppfatningen sier også noe om hvordan en gjerne vil være.

## ***1.2 Temaets relevans til vernepleiefaget***

Vernepleieutdanningen skal kvalifisere for og ”utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/ eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester”. Vi skal med andre ord forebygge helsesvikt, bidra til fysisk, psykisk og sosialt velvære, og drive opplæring til mestring av livssituasjonen på tross av funksjonssvikt på ett eller flere områder.

Utgangspunkt vernepleieren tar tak i er den enkeltes ressurser og arbeider med å tilrettelegge for utvikling, vedlikehold av ressurser, forebygge funksjonssvikt og fremme økt livskvalitet ([www.vernepleieren.no](http://www.vernepleieren.no)).

Sentralt i begrepet brukermedvirkning er at en selv har kontroll over og mulighet til å påvirke valg og beslutninger. Vernepleierens arbeidsmåte er å tilrettelegge for selvbestemmelse i de ulike situasjonene hverdagslivet består av. Temaet i denne oppgaven synes jeg derfor er relevant i forhold til vernepleierrollen. Vernepleier skal fokusere på den enkeltes ressurser, bidra til brukermedvirkning og mestring og arbeider med å tilrettelegge for utvikling, og forebygging av funksjonssvikt.

## ***1.3 Formålet med oppgaven***

Etter at jeg startet vernepleieutdanning har jeg jobbet tre år på en DPS (distriktpsikiatrisk) døgnenhet. Mennesker med ulike diagnoser og ulike bestillinger, mange er unge, og mange av dem har i løpet av mine tre år innen DPS, vært innlagt flere ganger for en kortere eller lengre periode. Jeg tenker at deres behov for anerkjennelse i forhold til egne problem, egen mestring og løsning skal bli møtt med forståelse fra hjelpeapparatet. Allikevel kan en stille spørsmål om det kan være sånn at det er ”lettere å ta over” dersom en person er innlagt, ved kanskje å tenke at nå må vi ”ta vare på”, kontra det at pasienten kan være mer aktivt medvirkende i egen bedring? Er vi bevisst holdningene våre i forhold til pasientens egen forståelse av lidelsen?

I min forståelse av å ha et meningsfylt liv, er det viktig å føle seg sett og forstått. Jeg tenker at ved å bli anerkjent så fører det til økt selvbilde, noe som igjen kan føre til mestring.

Anerkjennelse er så grunnleggende for menneskers utvikling at opplevelsen av det motsatte kan medvirke til utvikling av psykiske lidelser. Å bli møtt med anerkjennelse er derfor viktig for pasientens bedringsprosess (Vatne 2006:7).

Det motsatte kan være at dersom en føler seg krenket, ved for eksempel opplevelse av mangel av verdighet, overstyring eller overgrep i tidligere samspill, kan en i følge Vatne (2006) bli urolige og mer krevende i å få bekreftelse. De kan da i sin *selvbeskyttelse* og *mestring* av det de opplever som vanskelige situasjoner og relasjoner, bli oppfattet som ”manipulerende” eller utfordrende atferd.

Jeg mener da at brukermedvirkning kan bli meningsfylt om en har fokus på god relasjon og samhandling.

### ***1.4 Oppgavens oppbygging***

Jeg har valgt å bruke høyskolens forslag til disposisjon/ struktur. Ved og først å presentere mitt tema og min problemstilling. Deretter har jeg tatt for meg metodene.

Teoridelen er knyttet opp mot drøfting, analyse og diskusjon. Jeg har med andre ord prøvd å finne ut om mennesker med diagnosen schizofreni kan oppleve mestring, økt selvbilde og bedring gjennom brukermedvirkningen på en døgninstitusjon. I drøftingen har jeg valgt å bruke historier fra Lauveng sine bøker (2005,2006), fordi hun stiller viktige spørsmål om det er sånn at syke mennesker har mindre verdi? Og hvem skal definere hva bedring er? Og er det sånn at tidligere syke alltid må være dobbelt så friske for å være friske? Avlutter deretter med en oppsummering, refleksjon av oppgaven min.



## **2.0 Problemstilling**

Problemstillingen på oppgaven blir da:

**”Kan brukermedvirkning bidra til mestring, økt selvbilde og bedring for pasienter med diagnosen schizofreni på en døgninstitusjon?”**

For å kunne finne ut noe om dette vil jeg ta for meg teori om schizofreni, brukermedvirkning, mestring, selvbilde og bedring.

### ***2.1 Begrunnelse og avgrensning av problemstilling***

Problemstillingen favner veldig vidt, og for å avgrense noe har jeg valgt å ha fokus på en døgnenhet. Jeg vil videre også avgrense diagnosen schizofreni i forhold til en døgnenhet, og velger derfor ikke ta med mye om den akutte fasen. Mitt fokus vil dreie seg om begrepene mestring, selvbilde og bedring relatert til brukermedvirkning i en DPS døgnenhet.

Selv om medikamentell behandling har vært og er en anerkjent behandlingsform, har det også underveis vært reist kritikk mot medikamentbruken. Jeg velger å avgrense min oppgave til ikke å dreie seg om medikament, selv om det i mange tilfeller kan være en viktig faktor for mange pasienter. I følge Haugsgjerd m/fl (2002), kan man ved å vise tålmodighet og velvilje overfor pasienten, lettere opparbeide et tillitsfullt samarbeid omkring det å ta medisiner. Gode erfaringer omkring medikamentinntaket gjør det lettere for pasienten å stole på fagfolenes gode vilje senere.

### ***2.2 Definisjon av begreper***

Begrep er en generell og abstrahert forestilling om felleselementer ved en gruppe av objekter (gjenstander, hendelser, situasjoner, fenomener) som ellers har visse individuelle særtrekk (Bø, Helle 2008:37).

### **2.2.1 Brukermedvirkning**

Jeg vil bruke Ulvestad (2007) og Vatne (1998) sin definisjon på brukermedvirkning.

I følge Ulvestad m/fl (2007) er ikke brukermedvirkning noe en kan velge å forholde seg til.

Det er en lovfestet rettighet.

Brukerperspektivet i helsetjenesten tar sikte på å utvikle hjelpeforholdet i en retning hvor pasientene i større grad er deltakere i egen behandling (Vatne 1998:19).

Brukermedvirkning har som mål at pasientene skal være deltakere i egen behandling.

Hjelpen skal rettes mot pasientens interesser og grunnleggende behov (Vatne1998). Sånn

jeg da forstår Vatne (1998), kan bedringen skje fortere ved at pasienten selv er aktiv deltaker i samarbeid med personell i behandlingsprosessen.

### **2.2.2 Mestring**

Valgte her Bø, Helle (2008) sin definisjon på mestring, som i min forståelse går på det å få til, det å lykkes. Noe som brukes i samme betydning som livskompetanse om folks evne og ferdighet til å klare sitt eget liv. Det å føle at en har en følelse av tilfredshet, ansvar mening og kontroll.

### **2.2.3 Selvbilde**

Et godt selvbilde gir en opplevelse av selvrespekt og tilfredsstillelse (Bredeland, Linge, Vik 2011:111).

Selvbilde påvirkes hele tiden i samhandling med andre mennesker, vi får det altså gjennom samhandling med og påvirkning fra andre personer. Dette er for meg en viktig essens for alle mennesker. Vil derfor videre i oppgaven se nærmere på begrepene mestring og økt selvbilde og se om disse verdiene kan oppnås gjennom brukermedvirkning i en bedringsprosess.

### **2.2.4 Bedring**

Borg, Topor (2003) formidler her at det er snakk om en prosess der ulike forhold kan spille inn. Noe som gir rom for å se bedring i et sosialt perspektiv og et hverdagsperspektiv. Dette kan også være nødvendig for å komme seg gjennom en

alvorlig psykisk lidelse som handler om menneskelig utvikling over år, alene og ved hjelp av andre.

### **2.2.5 Schizofreni**

Berge, Repål (2000) sin definisjon av Schizofreni, betegner en gruppe lidelser som kjennetegner omfattende forstyrrelser av opplevelse, følelsesliv, tenkning og persepsjon. Vrangforestillinger kan gjøre at en opplever å bli styrt utenfra, av tankepåvirkning eller av å være en annen person er sentral symptom. Hallusinasjoner kan ha form av kommenterende, befalende eller diskuterende stemmer, se ting eller personer som ikke er til stede, er også sentral symptom.

Mennesker som lider av schizofreni sliter i tillegg ofte med passivitet, tilbaketrekning, initiativløshet og opplevelser av kroppslige endringer.

### **2.2.6 DPS**

DPS står for distriktpsikiatrisk senter. Et DPS gir spesialisthelsetjeneste til voksne i psykisk helsevern. Alle DPS har et poliklinisk tilbud, og har også tilbud om dagopphold i tillegg til døgnopphold.

### **2.2.7 Pasient, bruker eller klient**

Her mener jeg at benevnelsen som blir brukt, kan være viktig i forhold til hvordan den enkelte tenker om seg selv i møte med hjelpeapparatet. I følge Bøe, Thomassen (2000) kan pasientbetegnelsen være uheldig om en ser på det som en rolle mer enn person. Samtidig kan betegnelsen også være nøytral: om en er til behandling på et sykehus, så er en pasient. Kommer i hovedsak til å bruke pasient, dette også fordi i psykiatrien brukes ordet pasient, eventuelt egnavnet.

## **2.3 Forforståelse**

Gjennom vernepleieutdanningen har jeg tilegnet meg teoretisk kunnskap, og kunnskap om hvordan anvende kunnskapen/teorien i samhandling med pasienter. Ved å ha arbeidserfaring innen psykiatrien er jeg med "mine briller" kanskje blitt farget av den behandlingsfilosofien som var rådende i arbeidet jeg deltok i, eller av egne erfaringer i samhandling med pasienter som hadde diagnosen schizofreni. Jeg ser verden ut i fra min for- forståelse og tolker situasjonen ut i fra det. Denne forforståelsen kan kanskje føre til at når jeg tolker litteraturen og teoriene, bidrar kanskje handlingen mot det forfatterne tenker i situasjoner sammen med pasienter med diagnosen schizofreni.

Det er sammen med mennesker og blant mennesker vi lever, og på bakgrunn av dette synes det umulig og ikke å ha en formening til den grunnleggende verdi alle mennesker har i kraft av egen person, og den frihet og det ansvar det innebærer. Selv om en har en psykisk sykdom må man ikke se på mennesker som enten syke eller friske. Folk kan trenge hjelp på noen områder, mens de mestrer andre områder.

I møte med mennesker med alvorlig psykisk lidelse har jeg ofte tenkt over enkeltes tilsynelatende manglende tro på egen verdi. Noen har også vist mangelfull deltagelse eller ansvar i forhold til avgjørelser som omhandler dem selv omkring hverdagslige hendelser, som å ta vare på egen hygiene ved å ta en dusj, eller at pasienten må hentes / få beskjed i forhold til måltider.

Jeg har også møtt pasienter som viser misstillit til folk rundt seg, som formidler utrygghet i forhold til hjelpenes intensjoner om å være hyggelige og imøtekommende. Min forståelse er at dette kan skyldes deres lidelsesuttrykk så vel som erfaringer gjennom mange års forbindelser ved ulike avdelinger psykiatrien. Dette har ført til min interesse for hva som skjer i samarbeidet mellom mennesker, og om brukervedvirkning bidrar til å øke selvbildet og mestring mot egen bedring for pasienter med diagnosen schizofreni.

På samme måte som menneskets kropp, sjel og sosiale liv er uatskillelige, kan ikke pasientenes vanskeligheter løses ved å angripe den ene av delene. Alle må ses i sammenheng. Verken medisiner eller psykoterapi kan avhjelpe en depresjon, hvis det er livssituasjonen, uløselige familiekonflikter eller økonomisk ruin som er årsaken.

Samtalerapi og sosiale tiltak vil ikke føre frem, hvis pasienten sliter med vrangforestillinger og skrekkinngytende hallusinasjoner (Åpenhet og helhet St.meld. nr. 25 1996-97).

### 3.0 Metode

Metode er i følge Garsjø (2001) et verktøy som skal gi innsikt, kunnskap og forståelse av ulike sammenhenger i vår sosiale virkelighet.

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

Som metode har valget falt på litteraturstudie for å drøfte og belyse oppgavens problemstilling. Denne metoden vil ut fra problemstillingen min gi gode data fra mange fagområder. Det finnes mye litteratur om schizofreni og brukervedvirkning, og mye tid er brukt på å sette seg inn i en del av det som finnes. Dette for å bruke det som følte riktig i forhold til oppgavens fokus, som da blir økt selvbilde, mestring og bedring rundt temaet. I vernepleierstudiet disse fire årene, har studentene vært igjennom mye ny litteratur. Derfor ble det også litteraturstudie nå, for det gjør meg nysgjerrig på hva jeg kan finne ut om temaene.

Litteraturstudie dreier seg både om både kvantitative og kvalitative metoder.

I helse- og sosialfaglig sammenheng er det begrenset hvor mye kunnskap man kan utvinne ved hjelp av kvantitative metoder (Aadland 2004: 209). Hvilke spørsmål som skjuler seg bak tall og kurver kan bli hengende igjen.

Selve ordet kvalitativ henviser til kvalitetene, som vil si egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomenene. Røttene til den kvalitative tilnærmingen ligger i *den hermeneutiske tradisjon* (Aadland 2004: 209). Hermeneutikken fokuserer på hvordan jeg kan forstå og tolke mine omgivelser. På bakgrunn av min forståelse ved det jeg har oppnådd, må jeg etisk spørre meg hvordan jeg skal handle.

I følge Aadland (2004) skal jeg være åpen, fleksibel og veldig nysgjerrig etter å registrere egne synsvinkler, motiver og meninger. Dette innebærer visse etiske utfordringer knyttet både til verdi og interessekonflikter. Eller det kan dreie seg om dilemmaer som kan være knyttet til endring av maktforhold.

Litteraturen som er brukt er ut i fra min problemstilling. Tilnærmingen av litteraturen er bevisst i forhold til teori, menneskesyn der pasientperspektivet har hatt mitt fokus.

### **3.1.1 Innhenting av litteratur**

I dette litteraturstudiet er det blitt brukt både fagbøker og artikler. I tillegg ble selvbiografien til Lauveng relevant for meg. Ved og google å søke på ordet brukervedvirkning ble resultatet over 208.000 treff og på ordet schizofreni omtrent 584.000 treff. Dette viser at det mye å finne om begge emnene. Ved å søke på både schizofreni og brukervedvirkning ble det fortsatt mange treff (7640). Jeg var også inne på høyskolens brage HiM, og der fantes også temaer som var relevant. Ved å gå inn på Bibsys fant jeg begrensninger når jeg brukte søkeordene schizofreni, brukervedvirkning og bedring, ved og kun få 2 resultat. På søkerordene schizofreni og mestring gav det meg 5 resultater.

På begge søkene var Borg, Topor (2003), som dermed ble relevant for meg. I forhold til emnet brukervedvirkning har vi hatt mye pensumlitteratur, jeg ønsket allikevel å utvide perspektivet mitt litt. Pensum av Vatnes (1998), er relevant, men ble også anbefalt ei bok hun senere har skrevet om å korrigere og anerkjenne (2006). Begrepet anerkjennelse, er for meg kjernen om en skal få til en god samhandling, og derfor ble også denne boken relevant.

I forhold til bøker om schizofreni, har vernepleiestudiet pensum av Snoek, Engedal (2008). Cullberg (2000) ble også ei relevant bok å trekke inn i oppgaven. Ved å bruke helseforetaket sitt bibliotek, fant jeg ytterligere litteratur som var interessant og som ble benyttet i større eller mindre grad. I forhold til min utvelgelse på biblioteket, har jeg gått bak på stikkordslista med fokus på ordene schizofreni, mestring, bedring, selvbilde og brukervedvirkning.

### **3.1.2 Kilder og kildekritikk**

Evidensbasert kunnskap er innsikter basert på vitenskapelig forskning (Aadland 2004: 110).

Litteraturen jeg har valgt fra høyskolen i oppgaven er kvalitetssikret. Stortingsmeldinger og rapporter i forhold til omsorg og rettigheter skal være vurdert og kvalitetssikret. I en bacheloroppgave er det viktig med validitet (gyldighet) og reliabilitet (nøyaktighet).

Litteraturen som er brukt er fra 1997 og frem til 2011. Litteraturen er i hovedsak fra 2000 og oppover, og kan derfor regnes som valid. Min manglende språkforståelse av utenlandske kilder vil ha ført til både svak validitet og svekket reliabilitet, og derfor hindrer det meg i å bruke det.

Arnhild Lauveng (2005, 2006) skriver om holdninger og handlinger i samarbeid med fagpersonal. Hun hadde tidligere diagnosen schizofreni, er nå frisk og jobber som psykolog. Hun har tanker om brukervedvirkning og mangel på brukervedvirkning. Hennes litteratur er et verdifullt bidrag sett fra pasienters side, og velger derfor å ta med noe av hennes egenerfaring i drøftingen min.

## 4.0 Teori, funn og analyse

Teori er et ordnet sett påstander om sammenhenger som gjelder innen en større eller mindre del av tilværelsen. Teori er et sett av ”briller” som bestemmer og forklarer virkeligheten på en bestemt måte (Garsjø1997:90).

Linde, Nordlund (2006) fokuserer på at teoriens beskrivelse er en systematisering som vi bruker for om mulig å få en bedre forståelse av eller belysning på det aktuelle fenomenet, og teoriens beskrivelse av sammenheng danner grunnlag for eventuelt videre datainnsamling.

### 4.1 Schizofreni

I min studie til litteraturen har jeg funnet om diagnosen schizofreni, med utgangspunkt i en gruppe symptomer, og sammenheng mot bedring.

Schizofreni er en alvorlig sykdom og den vanligste formen for psykose, skriver Snoek, Engedal (2008) der det er fare for et langvarig forløp med risiko for flere tilbakefall.

Videre skriver de at sykdommen fremtrer gjerne i begynnelsen av tyveårene eller tidligere. Noe som gjør at det ofte rammer mennesker mens de fortsatt er under utdanning og kan dermed ved et langvarig forløp få store følger for pasientens videre liv.

Bleuer (1950) mente at schizofreniene er en gruppe med visse typiske symptomer.

Grunnsymptomene kalles 4A og er assosiasjonsforstyrrelser, affektive forstyrrelser, ambivalens og autisme (Cullberg 2000).

Assosiasjonsforstyrrelser gir seg utslag i forstyrrelser i personens evne til å tenke, vaghet, manglende sammenheng og splittelse. På den måten kan det bli vanskelig å forstå for utenforstående. Sammenhengen kan virke uforståelig og felles samarbeid og kommunikasjon kan bli vanskelig om sprang fra en tanke til en annen er fremtredende.

Affektive forstyrrelser innebærer tegn på inadekvate effekter, økende indifferens, tap av interesse, apati og manglende lystopplevelse. Dersom det for eksempel er naturlig å føle sorg, kan dette gi utslag i latter eller annen indiskré atferd (Cullberg 2000).

Ambivalens innebærer nøling mellom ulike impulser, der resultat kan bli at evnen til å velge blir lammet. Dette kan da føre til at enkle valg kan føre til så store vansker at ting går i stå.



Autisme gir utslag av innadvendthet og oppmerksomhetsforstyrrelse, med manglende samsvar mellom individ og omgivelsene. Ved å ha vansker med å sette seg inn i andre personers indre liv og subjektive verden, kan det igjen føre til isolasjon fra et vanlig sosialt liv (Cullberg 2000).

De psykotiske symptomene er i seg selv uspesifikke uttrykk for endret nevrofysiologisk funksjon i hjernen Snoek, Engedal (2008:69). Videre skriver de at tilstanden kjennetegnes ved tankeforstyrrelser, oppfatning og følelser som har alvorlige forstyrrelse av virkelighetsoppfatningen. I enkleste forstand kan psykose forklares som ”mareritt i våken tilstand”.

Blant de funksjonelle psykose kommer schizofreni øverst i diagnosehierarkiet, og psykose defineres som en tilstand, kortvarig eller langvarig som kjennetegnes av en omfattende forandring av dømmekraft eller virkelighetsforståelse (Haugsgjerd m /fl 2002).

I og med at schizofreni sannsynligvis har et vidt spekter av beslektede lidelser med sammensatte årsaksforhold, skriver Snoek, Engedal (2008) at behandlingen må rettes mot både det individuelle, familie og det sosiale.

Mestring av dagliglivets funksjoner er viktig. I forhold til pasienter med langvarig sykdom, må en da være bevisst å tilrettelegge aktiviteter i forhold til pasientens nivå.

De schizofrene symptomene som affektforstyrrelser, vrangforstyrrelser og tankeforstyrrelser kan lett føre til at familien finner det vanskelig med balansegangen i å bidra med sin mestring av hjelp av for mye eller for lite stimuli og krav, og til en bedre kommunikasjon (Snoek, Engedal 2008).

## ***4.2 Årsaksmodeller***

I følge Imsen (1991) er personligheten helheten av menneskets karakteristiske tanker, følelser og væremåte, der personligheten ”samordner” og introduserer seg selv overfor omverden. I forhold til identiteten er følelse av noe konstant og uforanderlig i vårt indre på tvers av ulike situasjoner. En kjenner seg selv, og vet hva en står for. En kjenner tilhørighet i forhold til fortid, nåtid og fremtid. Dette innebærer å ha en trygg og stabil selvoppfatning og er bevist egen sosial forankring (Bunkholdt 2002).

Som andre biologiske vesener er også vi som mennesker preget av våre medfødte egenskaper, som kan føres tilbake til bestemte gener eller grupper av gener. Den genetiske

forskning de senere årene er også økende i psykiatrien. Arvelige faktorer er av betydning ved flere alvorlige psykiatriske lidelser med en arvelig disposisjon med uklar arvegang, som for eksempel schizofreni (Snoek, Engedal 2008).

Nevropsykologiske teorier leter etter å binde sammen biologi, tilknytning og interaksjon i et helhetlig bilde av mennesket som et sosialt og samhandlende vesen, i følge Snoek, Engedal (2008). Videre sier de at forskningen bringer oss nærmere en nevrobiologisk forståelse av kognisjon (den kontinuerlige bearbeidelsen av informasjon).

Sårbarhet er av filosofer holdt frem som et vesenkjennetegn ved det å være menneske i følge Vatne (2006), videre sier hun at fenomenet er relatert til at mennesker er avhengig av andre hele livet. Vi er med andre ord alle født sårbare og utsatt for både sykdommer, lidelse og død. På den måten er vi ikke selvtilstrekkelig, men født avhengig av andre og utlevert til omsorg for andre.

Man antar at tre forhold er av avgjørende betydning i forhold til schizofreni: for det første en genetisk disposisjon, for det andre at det er tilstedeværelse av en eller flere miljømessige risikofaktorer. Det tredje er at disse hendelsene skjer i sårbare perioder tidlig i livet mens nervesystemet er under utvikling (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Et felles fokus for både biomedisinsk og psykosedynamisk tilnærming er at man er opptatt av svikten i pasientens evne til følelsesmessig å være på bølgelengde med andre. På den måten blir det vanskelig å kommunisere på en bekreftende måte i forhold til hverandres virkelighetsopplevelse (Haugsgjerd m/fl 2002). Usikkerheten er i følge Haugsgjerd m/fl (2002), om svikten skyldes kognitiv forstyrrelse av hjernens sorterings- og kategoriseringsevne. Eller om det kan være resultat av avvegringsmotivert reaksjon på grunnlag av relasjonelle og følelsesmessige problemer.

Snoek, Engedal(2008) skriver at vi i dag forklarer schizofreni ut i fra en stress – sårbarhetsmodell. Jeg velger derfor å vektlegge denne modellen videre i oppgaven.

### 4.2.1 Stress – sårbarhetsmodell

Sårbarheten er den biologisk bestemte svakheten, enten det er arv eller fosterskade. Noe som gjør at personen bryter sammen og utvikler en tilstand som slår ut i schizofrene symptomer dersom omgivelsesbetingelsene er tilstrekkelig vanskelig. Med det tenker en at ved å ha et slikt sammenbrudd en gang, framkaller det i seg selv en forandring. Dels i menneskets følelsesliv og dels i hjernens funksjonsrepertoar. Dette vil da bety en tilleggsvanskelighet for personen (Haugsgjerd m/fl 2002).

I følge Vatne (2006) regnes biologiske forhold som en av de vesentlige faktorer ved utvikling av en schizofren tilstand. Videre sier hun at psykologiske forhold hos mennesket som følelser, forhold ved selvet og hvordan egen oppfattelse av omgivelsene kan virke inn. Snoek, Engedal(2008) hevder også at disse sårbarhetsfaktorene er knyttet opp i mot genetiske, biologiske, psykologiske og sosiale forhold. I tillegg kommer det inn elementer som har sammenheng med livshendelser og selvstendighetsprosesser i overgang fra ungdom til voksen, som kalles stressfaktorer.

Menneskers *selvaktelse* virker inn på hvordan en reagerer på feedback i følge Grenness(1999), videre sier de at selvaktelse er uttrykk for tilpasningsevne og motstandskraft mot barrierer. Med det tolker jeg at de med lav selvaktelse vil være mer sårbare, og kan derfor reagere mer utilnærmelig på negativ feedback enn de med positiv selvaktelse. Vi ønsker vel alle å fastholde et positivt selvbilde gjennom selvbekreftelse og kan dermed tendere til å avvise negativ opplysning gjennom rasjonalisering og *selvrettferdiggjørelse* (Grenness 1999).

Her mener jeg det bekrefter det som Vatne (2006) sier om at sårbarhet hos personer med psykisk lidelse viser seg ofte i situasjoner/ relasjoner hvor de opplever å ha vært i en krise. Dette kan føre til at de får følelsen av å miste påvirkningsmuligheter i situasjonen. Når en opplever avmakt og mangel på forutsigbarhet, kan dette føre til angst, som igjen kan lindres ved selvbeskyttende motreaksjoner som for eksempel sinne/ aggresjon. Pasientens angrep mot omgivelsene kan altså være et uttrykk for sårbarhet. Sårbarheten kan da ha forbindelse mellom opplevd avmakt og mestringsforsøk gjennom selvbeskyttende atferd.

*Selvoppfatningen* er av mange forfattere beskrevet som ensidig kognitiv (Johnsen, Sundet og Torsteinsson 2000), men Leira (2003) mener den er både emosjonell og kognitiv, og er alltid å forstå på bakgrunn av en sosial relasjon i en historisk forbindelse (Leira 2003:22). Videre skriver hun at selvoppfatningen er viktig ut i fra hva vi synes om oss selv, og hvilken atferd vi velger. Selvforakt gir resignasjon, mens hengiven selvtillit fostrer pågangsmot.

I følge Vatne (2006) er det i psykiatrifeltet enighet om at de viktigste kjennetegnene ved diagnosen schizofreni er at dialogen med omgivelsene er stoppet opp, og at det kan relateres til beskyttelse av egen sårbarhet.

Om sårbarheten blir et resultat av pasientens opplevelse av ikke-funksjonell samspill, ved og ikke å få anerkjennelse av personell, fører dette til fravær på affektinntoning. Hjelper som stiller seg inn på pasientens følelser (medfølelse), og svarer på disse følelsene verbalt eller nonverbalt, vil medføre at affektinntoning vil kunne oppleves i form av at pasienten vil føle seg sett og forstått, noe som i følge Vatne (2006) er av betydning for selvutvikling.

I Statens helsetilsyns utredning (Statens helsetilsyn 2000a) er det foretatt en grov inndeling i to hovedgrupper: ”de sårbare” og ”de utagerende”, der hensikten var å bidra til å klargjøre. Dette blir en overforenkling, da det i gruppen for sårbare pasienter er det mange som kan ha utagerende episoder. I gruppen utagerende finnes det i høyeste grad mange som er sårbare. Inndelingen ble gjort for å understreke behovet for ulike behandlingstilnærmelser (Evjen, Øiern, Kielland 2003). Videre skriver de at de sårbare trenger en relasjonsorientert, støttende og mindre konfronterende behandling.

Jeg tenker at opplevelsen av selvet er sentralt for alle personer. For de som har schizofrenidiagnosen og ofte kan ha sterk og vedvarende forstyrret selvopplevelse og selvbevissthet, vil jeg videre i oppgaven se på forholdene mellom schizofrene og selvbilde.

### **4.3 Schizofreni og selvbilde**

I følge Imsen (1991) er selvet bærebjelken i vårt indre, det er fundamentet vi står på. Her samordner aktivt og dynamisk opplevelser og regulerer atferd i forhold til de sosiale omgivelsene, som igjen bevarer oss som et integrert hele (Bunkholdt 2002).

Påvirkningene som kommer fra våre forskjellige tilhørigheter som nasjonale, etniske, religiøse og politiske blir en del av vår identitet når vi identifiserer oss med gruppene og

gjør deres regler og normer om til våre egne. I tillegg kommer følelser som gjennom ulike tilhørighet og erfaringer med oss selv i samspill med andre, utløser i forskjellig grad både stolthet og selvrespekt, men også mindreverd og skam (Bunkholdt 2002).

Garsjø (1997) skriver at vi føres inn i bestemte normer, roller, oppgaver, aktiviteter osv og dette gjøres om til eget. Internaliseringsprosessen innebærer da at en tar atferdsregler, verdier, tabuer osv opp i seg. Skyldfølelser og skamfølelser forsterker prosessen.

Opplevelsen av selvet utvikles i faser, Stern (1985) snakket om selvfornekkelsens ”domener” og velger å betrakte vanskeligheter med hensyn til for eksempel tilknytning, tillit og selvbestemmelse, som livstemaer. Disse knytter han til utviklingslinjer og ikke til utviklingsfaser, der en arbeider med temaer i kommunikasjon med andre i nåtiden (Eide, Eide 2007).

Det finnes en rekke *selv- beskyttelses- mekanismer* som for eksempel benekting, oppgitthet, selvforherligelse og redsel for og misslykkes. Felles er at de forsvarer individets selvbilde og normale funksjonering, men samtidig hindrer det selvvinnsikt og læring. Feedback som prøver å synliggjøre at mottakeren av feedback bruker selvbeskyttelsesmekanismer, vil bli avvist (Grenness 1999:193).

Vatne (2006) forteller en historie om en pasient som ble skjermet og var sammen med personal, hun var mørk i blikket og følte seg overvåket og ber hjelperen dra seg ut. Hjelperen var ikke forberedt på dette og sa etterpå at hun følte at rommet var fylt med fiendtlighet. På den måten tenker jeg at her kommer det også frem at en helper kan få følelse av å bli handlingslammet og føle nederlag, ved og ikke få til et samarbeid eller allianse med pasienten. Her kommer det frem som Vatne (2006) sier at helpere uttrykker også sårbarhet, og den kan kanskje tydelige komme frem i situasjoner der helpere føler seg avvist eller i en konfliktfylt situasjon.

Pasienter kan altså i en psykotisk tilstand oppleve selvbeskyttelse, relatert til mestring av angst for andre mennesker.

*Selvrefleksivitet* er i følge Schibbye (2001) vår evne til å ha tanker om våre tanker, være klar over våre følelser og forestilinger. Vi må ha et forhold til, eller tilgang til prosesser i eget liv.

Dersom jeg ikke har kontroll over mine egne følelser, kan jeg miste perspektivet med mitt bidrag. Med det tenker jeg at dersom jeg ikke skulle ha kontroll over en situasjon i samhandling med pasient, kan jeg heller ikke se at pasienten kan føle seg truet av meg.

Goffman fremhevet hvordan den enkeltes identitet og selvfølelse stadig blir stilt på prøve under sosiale møter. Noe som kan bidra til forskjellige ”strategier” hos den enkelte for å unngå og ”miste ansikt” og for å gi inntrykk av egenverdi gjennom bekræftelse av den andre (Bråten 1998).

*Personlig integritet* (betyr uberørt) som vil si at ethvert menneske er et hele. Denne helheten skal ikke skades eller krenkes. Et menneskes integritet innebærer at en skal møte det enkelte menneske med respekt for denne helheten. Dette fører til at en kan snakke om menneskets *ukrenkelighet*. Her menes selvsagt ikke at det er umulig å krenke et menneske. Det innebærer at en har holdt frem menneske med et verd og en integritet som betyr at en ikke *må* krenke dette menneske – i den forstand er det ukrenkelig (Bøe, Thomassen 2000:62).

Som individer er vi vel på mange måter grunnleggende like, allikevel er hvert enkelt individ og hver situasjon et helt unikt bilde. På den måten tenker jeg at det blir viktig å analysere eget bidrag i en relasjon. For å kunne se og forstå den andre, må vi ha evne til å se oss selv ved å reflektere over og tørre sette ord på egne følelser. For man er vel ikke automatisk en god relasjonsbygger selv om man er hjelper.

Trygghet kan ikke kommanderes, jeg mener at tillit og trygghet må vi gjøre oss fortjent til. Og tryggheten får vi personer vanligvis til andre personer. Ved å oppleve å bli møtt på en god måte, kan opplevelse av gjensidighet og av relasjonen utvikles.

Leira (2003) skriver at i alt psykososialt arbeid er en tillitsfull relasjon grunnlaget for å kunne oppnå noe som helst. Anerkjennelsesbegrepet er både sosialt og kognitivt. Å anerkjenne vil si å akseptere Den andre, å respektere, verdsette og støtte Den andre sosialt. Erkjenningbegrepet viser til en kognitiv prosess. Det å erkjenne viser at jeg tenker en ny tanke, og den kan være født av et ytre og / eller av min indre dialog. Anerkjennelse og erkjenning ser den gode relasjon, godt nærvær eller god intersubjektivitet som en betingelse som igjen kan gi ny innsikt som er frembrakt i samhandlingen (Leira 2003).

Begrepene personlighet, identitet og selvet brukes ofte i personlighetsteorier. I begrepet personlighet legges det særlig vekt på en sammenhengende og stabil helhet av tanker, følelser og atferd som er kjennetegnet for det enkelte menneske (Bunkholdt 2002).

Som medlemmer av gruppe utvikler vi en *sosial identitet* som er basert på *selvkategorisering*. Det psykologisk sett effektive grunnlag for selvkategorisering fremstilles av den anerkjennelse andre med lik selvkategorisering gir oss. Innholdet i det vi sier og måte vi snakker på kan oppleves som sosial belønning. Ord og utsagn som formidler anerkjennelse av tilhørere og/ eller samtalepartnere, var for Hegel (1807) grunnlaget for all sosial interaksjon (Grenness 1999).

Den sosiale modellens syn på undertrykkingen og diskrimineringen av funksjonshemmede som kollektivt fenomen innebærer at funksjonshemmede har felles kollektive erfaringer av diskriminering og undertrykking og felles interesse av å frigjøre seg fra dem (Borg, Kristiansen(red) 2009: 57). Ved å minske dette gapet, tenker jeg at vi må møte hele mennesket, og ikke bare se diagnose.

Cullberg (2000) skriver at langtidsschizofrene trenger i dag mer eller mindre daglig hjelp i hverdagen, og at begrepet funksjonshemmet har den fordelen fremfor sykdomsbegrepet at det myndiggjør personen uten å skjule at en trenger hjelp.

Jeg undrer meg av og til på om det at en setter diagnose, kan ha innvirkning på det å se/ lytte til pasienten, eller om en blir mer opptatt av å se etter symptomer.

Når vi stiller diagnose har vi lite fokus på pasientens indre opplevelser, dette kan igjen resultere i at pasienten kan føle seg overstyrt, skriver Vatne (2006). Det å få en diagnose kan være stigmatiserende, og ifølge Laueng som i dag er psykolog og frisk, fikk gjentatte ganger fortalt at hun var kronisk schizofren der hun kunne ”ha gode perioder” eller ”holde symptomene i sjakk”. Borg, Topor (2003) skriver at erfaringene peker på behovet for å befri både pasienter, pårørende og fagfolk for det ”kronisk”- stempelet som har dominert gjennom det meste av det 20. århundre (2003:18).

Det kan kanskje være befriende å få en diagnose, det skaper rettigheter som du har krav på. Det kan også bidra til at når en har fått et navn på det en sliter med, som symptomer og lidelse over lengre tid, øker egen forståelse av endelig å vite.

Snoek, Engedal (2008) skriver at diagnosen gir rettigheter i forhold til trygdeytelser, og det kan bidra til en utfordring mindre. Samtidig kan vi vel diskutere om utfordringen blir mindre sett fra pasientens øyne. I følge Vatne (2006) så blir det psykisk helsearbeid, som i helsetjenesten generelt sett at hjelpere har en tendens til etablere en subjekt – objekt - relasjon til pasienten. Jeg forstår Vatne (2006) sånn at som hjelperne gjør en det ikke

bevisst, men at det kan ha sammenheng med at det ligger i vår vestlige kultur. Videre sier Vatne (2006) at et objekt er karakterisert ved at det kan studeres utenfra ved å beskrive, måle og veie det. Diagnosesetting vil da føre til et utvendig forhold til pasienten.

Dette gjør at fokuset videre vil bli å se på brukervedvirkning i forhold til pasienter i en døgnetenhet.

#### **4.4 Brukervedvirkning**

Brukervedvirkning er en lovfestet rettighet, og dermed er det ikke noe hjelpeapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukervedvirkning kan bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utforming og gjennomføring av både generelle og individuelle tilbud (Helsedirektoratet 2010).

Brukervedvirkningsbegrepet bygger på et menneskesyn der en ser det som en vesentlig verdi for alle mennesker å ha størst mulig grad av innvirkning på egen livssituasjon (Sigstad 2004).

##### **4.4.1 Mestring gjennom brukervedvirkning i institusjon**

Ved innleggelse noteres en rekke fakta om ditt liv og personlighet. Disse er ofte personlig og av fortrolig karakter. Samtidig vil kanskje at de mest sensitive opplysningene om avvikene i tanke, følelser og handlingene dine være av størst interesse. Slik blir journalen som opprettes, en samling av informasjon som gjengir et bilde av deg som mildt sagt uheldig slagside, og et bilde av deg som er bygd opp av blottstillende opplysninger (Bøe, Thomassen 2000).

Det Lauveng (2006) savnet var ekthet, hun savnet ekte glede, ekte sorg og ekte respekt. Pasienten har en svakere maktposisjon i en avdeling, nettopp fordi pasientrollen er underordnet personalet. De ansatte kan legge premisser for hva som skal skje, og avmakten forsterkes når en er avhengig av hjelp på grunn av svekkelse av sykdom (Brodtkorb m/fl 2001).



Mathisen (1982) beskriver avmakt ved å være i en situasjon hvor man ikke ser utvei, midler eller håp til å forandre egen situasjon eller til å motsette seg andres viljesutøvelse overfor seg selv. Videre sier de at avmakten gjenspeiler en svak og avmektig sosial posisjon, som kan skyldes svake individuelle ressurser (Brodtkorb m/fl 2001).

Laueng (2005) forteller at hun var omgitt av betalte hjelpere over mange år, og de som var sammen med henne gratis og frivillig var hennes nærmeste familie. Dette gjorde noe med selvbildet hennes. For selv om personal i avdelingen ønsket å bygge opp selvfølelsen hennes ved å si at hun var et bra menneske, hjalp den henne lite, når hun viste at om de gav henne ekstra tid gratis på overtid så ble den trukket ved neste samvær.

Det tolker jeg dit hen at for Laueng ble det vanskelig å se seg selv som verdifull, ved å ha betalte hjelpere. Grobunnen for å åpne seg er vel at en må like seg selv litt for å ha tro på at andre kan like en. Selv om en får betaling, tenker jeg at det ikke har noe med å like eller ikke like. Det som blir viktig er at en har noen der som en kan ha tillit til i den perioden som trengs. Noen personer med sterk funksjonshemming trenger kanskje betalte hjelpere hele livet, gjør det dem til mindre verdifull eller dårligere likt? Ved å vektlegge respekt, mener jeg det kan bidra til mestring og økt selvbilde.

Mestringsoppfattelse og mestringsstrategier handler om hvordan den enkelte har oppfatning av sin egen evne til å mestre hverdagen. Samtidig handler det også om hvilke livskunnskap personen har fra tidligere med å løse problemer, kriser eller å takle utfordringer (Bredeland, Linge, Vik 2011).

Bandura hevder (1997) at mestringsoppfattelse utvikles i samhandling med de sosiale omgivelsene, dersom andre har tro på at man mestrer, vil det øke mestringsoppfattelsen. Våre tidligere erfaringer, personlighet, reaksjoner eller støtte vi har fått fra omgivelsene, er derfor avgjørende for hvordan vi tolker ulike hendelser (Bredeland, Linge, Vik 2011).

Brukermedvirkning har en innlysende egenverdi i at mennesker som søker hjelp, gjerne vil ha kontroll over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Dersom pasienten i større grad kan påvirke omgivelsene ved egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbilde på en positiv måte og dermed styrke pasientens motivasjon. Dette vil dermed kunne bidra positivt til pasientens bedringsprosess, og slik få en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange pasienter føler, bli forsterket (Helsedirektoratet 2011). Videre

skriver de at det viktigste i møte mellom pasient og hjelper er god kommunikasjon, der begge er åpne og lydhøre for hverandre. En pasient som trenger hjelp til å mestre hverdagen, vil det være viktig at en sammen kan finne frem til hva som er den beste hjelpen og støtten pasienten trenger.

Lauveng (2006) skriver at det som plaget henne mye når hun var syk, var mangel på alvor, respekt og oppriktighet. Det at hjelpere sier noe, men viser noe annet. De uttrykte medfølelse, men behandlet behovene hennes med likegyldighet. De sa at de gledet seg over å se fremgangen hennes, men stilte sjelden opp med økt tillit.

Brukermedvirkning handler om at pasienten skal få mulighet til å ta i bruk egne ressurser, og være aktiv deltaker i egen behandling. En skal også ha medbestemmelse når det dreier seg om tjenester som blir bevilget dem (Ekeland og Heggen 2007).

Modellen for hjelperelasjonen ved brukermedvirkning er i følge Vatne (1998) en åpen dialog/ samtale. Ved at en deler sannheter, kan det etter hvert kalles en integrasjon som Vatne (1998) kaller overlappende livsverdener, og mener at i slike fremgangsmåter utvikles samtidig allmennspråk og allmennkunnskap om lidelser og behandling. Det motsatte er at personell sier de har rett, og vil realitetsorientere pasienten til hjelperoppfatningen.

Det å kunne forholde seg til andre, handler sånn jeg ser det blant annet om å møte den andre som subjekt, altså med ekthet. En må i møte her være emosjonelt tilgjengelig, noe som jeg mener er viktig for å skape tillit og for å bygge en likeverdig relasjon.

I følge Snoek, Engedal (2008) knyttes forebygging og bruker- medvirkning sammen med kunnskapen om emosjonell tilknytting og tilknytningens betydning for senere mestring av ulike utfordringer.

Pasientens tanker om hva som er vanskelig for han/henne, og hva en selv mener vil hjelpe i et behandlingsforløp, vil ha betydning for graden av tilfriskning og bringe inn ny kunnskap i fagfeltet. Lauveng fikk høre at hun hadde en kronisk sykdom og fikk dermed beskjed om at hun måtte leve med sykdommen livet ut.

Både en psykotisk tilstand og diagnosen kan bli et stigma. Det å føle at en ikke mestrer livet, å være inkompetent, er stigmatiserende i vårt samfunn. Hvis vi derimot lytter til pasientens erfaringer og tanker om sin situasjon ved å ilegge den verdi, inviterer vi til en felles utforskning. På den måten anerkjenner vi pasienten for sin kompetanse.

Selvrespekten vil da kunne øke og faren for stigmatisering minske (Ulvestad m/fl 2007:247).

Jeg tenker at som hjelpere blir det viktig først og fremst å bli kjent med pasienten, og skape en god relasjon nettopp gjennom anerkjennende kommunikasjon, ved å ha fokus på pasientens opplevelser.

Teorier om mestring retter ikke oppmerksomheten mot sykdom, men mot helse. Mestringsteorier er opptatt av *salutogenese* (prosessen som skaper sunnhet), av *beskyttelsesfaktorer* og *motstandsdyktighet* (resilience) og av hvilke rammebetingelser som øker motstandsdyktigheten. Når vi flytter fokus fra risiko til mestring og motstandskraft, blir perspektivet mer generelt, det er ikke lenger en definert lidelse vi vil forebygge. Her ser en på hvilke faktorer som gjør mennesker bedre skikket til å møte de følelsesmessige utfordringer livet gir. Mestring bygger på et samspill av emosjonell nærhet og kompetanse, faktorer som begge er med på å bygge opp selvfølelsen. Økt mestring av eget liv kalles også *empowerment* (Snoek, Engedal 2008: 42f).

Vatne (2006) skriver at en må ha hovedfokus på pasientens behov i forhold til hjelpen som skal gis ut i fra et perspektiv der pasienten er ekspert på egen situasjon, og få anledning til å presentere sitt ståsted på egen helse. En vet selv best ”hvor skoen trykker”.

Brukermedvirkning i behandlingshverdagen vil da dreie seg om muligheten til å foreta en åpen dialog med de involverte.

I regjeringens omsorgsmelding, *Mestring, muligheter og mening* (St.meld. nr. 25 (2005–2006)), legges det i tillegg særlig vekt på brukermedvirkning som forutsetning for god omsorg. Pasienter, brukere og pårørende skal bli sett og hørt. Det viser seg ofte at dårlig kommunikasjon er årsaken til de fleste klagene i helse og omsorgssektoren (Eide, Aadland 2008).

## 4.5.2 Fra mestring mot bedring

I følge Lorentzen(2003) er kartlegging ikke bare å se på pasientenes sine problem, men vi må også spørre oss hva vi gjør med vår tilnærings- og væremåte i forhold disse fastlåste situasjonene.

Vatne (2006), sier at om bedringsprosessen er basert på pasientens forståelser av egenhandlinger, er en ikke uavhengig av måten en blir møtt på av hjelperne, pårørende eller venner.

Dette vil da i min forståelse føre til at dersom vi ikke når inn til andre pasienter med våre budskap, så kan det ha å gjøre med at det kanskje er blitt silt gjennom så mange filtre av både forvirring, sårhet og selvforakt. Budskapet vil da ikke lengre ligner på den opprinnelige meldingen. Uansett grunn så er det imidlertid viktig hvordan en blir møtt når en kommuniserer. For det og ikke å gi, er en kommunikasjon som venter svar.

I følge Lauveng (2006) kan svar for eksempel være økte krav, oppgitthet, sinne, forakt, moral eller medlidenhet. Det blir oppfattet av redsel, forvirring, trettheten og tomheten. Eller svaret kan være vennlighet, oppmuntring, tid og rom ” jeg ser at du ikke kan akkurat nå og det er ok, men jeg vil komme tilbake og spørre senere hvis det er greit for deg, for jeg gir ikke opp”. Poenget mitt her blir at det er viktig å gi mennesker mulighet til å være deltaker i livet, ikke bare mottakere. Dette fordi det i følge Lauveng (2006) også er en god måte å bygge opp mennesker på.

Vatne (2006) skriver at ved sterke frustrasjoner, kan vi som hjelpere grensesette på en lite verdig eller straffende måte. En bør derfor være klar over egen sårbarhet, som et viktig ledd i å opptre selvavgrensende overfor andre. Vi må både tillate oss selv og få tillatelse av systemet til å kunne feile. Hvis ikke vil det som Vatne(1998) skriver bli en umulig prosess i forhold til brukermedvirkning.

Skau (2008) skriver at vi kan ikke vokse som mennesker uten å ta imot utfordringer og vi kan heller ikke utvikle noe nytt av interesse om vi ikke gir oss selv tillatelse til å gjøre feil. I følge Bjerke, Svebak (1997) er hjelperen sin evne til å kommunisere, noe som kan være viktig. Noen trenger ego - støttende hjelp til å finne tilbake til et positiv selvbilde, for dermed å bli motivert til å ta vare på seg selv. Videre skriver de om mestringsmåter og at ved å være *følelsesfokusert* dreier det seg om den sosiale støtten for å mestre mange situasjoner i livet (Bjerke, Svebak1997).

Som hjelper arbeider en med pasienter som normalt er både sårbare og følelsesmessig utsatt. Pasienten kan dermed bli usikre på om vi kan sette oss inn deres situasjon og forstå hva de føler.

I psykodynamiske behandlingsformer tenker man at samtalen over tid fører til en trygghet overfor de kreftene i pasienten som skremmer og får han/ henne til å beskytte og forsvare seg mot følelser og kontakt. På den måten blir personens iboende kapasiteter stilt fri til å knytte seg til andre, til å elske, være skapende, være selvstendig og selvrepresenterende (Haugsgjerd m/fl 2002). Her vil det da være dialogen som blir det viktige redskapet til behandlingen. Ved at endringa ligger i relasjonen som oppstår, og da igjen i selvrefleksjonen som denne forbindelsen skaper som mulighet.

Lauveng(2006) forteller at hun elsker å gå tur ute i regnet. Når det regnet på henne, så følte hun seg levende. Ved at hun hadde utgang med følge og ingen ville være med, begynte hun å gråte. Hun fikk da spørsmål om hun var til å stole på, om hun ikke stakk av om hun fikk gå ut en tur alene i regnet. I denne settingen følte hun seg møtt og sett og ville selvfølgelig da ikke stikke av. Dette førte dermed til at i den neste samtalestunden greide hun å snakke om ”kapteinen og hans vedvarende mas i hodet hennes”.

Aadland (2004) skriver som i følge min forståelse, er at dersom en virkelig er aktivt lyttende og insiterer på å hjelpe, kan man få frem ting om en som en egentlig ikke selv hadde tenkt. Videre kaller han dette en kognitiv prosess(narrativ), der vi skaper meninger ut av livserfaringene våre, gjennom å sette dem inn i vår egen fortelling om oss selv. Ny mening skapes, og videre fortelling oppstår i samspill med andre.

Eide, Eide (2007) definerer begrepet omsorgsrasjonalitet ved at det har en etisk bevisst grunnholdning som innbefatter refleksjon over egne og andres følelser.

I følge Borg, Topor (2003) dreier bedring om krevende menneskelige utviklingsprosesser fra psykisk lidelse. Richard Warner(1985) har utviklet tre definisjoner på bedring i forhold til *innleggelse i institusjon* innebærer bedring fravær av innleggelse i et visst tidsrom. For Lauveng (2006) var det i det ene øyeblikket riktig, viktig og avgjørende og ikke ”å gi etter for fristelsen å bli innlagt igjen”. I en annen situasjon ville samme avgjørelse blitt helt feil. Da var utfordringen ikke å unngå innleggelse, men akseptere den.

En annen definisjon som blir bruk er *å komme seg sosialt*. Dette innebærer at den tidligere pasienten klarer å håndtere sin sosiale situasjon, men at enkelte symptomer fortsatt kan forekomme (Borg, Topor 2003).

Den tredje definisjonen på bedring er *å være helt bra*. Da er det fullstendig fravær av psykotiske symptomer, og en fungerer på samme måte som før en fikk lidelsen.

Videre skriver de at det å arbeide med mennesker som har alvorlig psykisk lidelse gir oss utfordringer til å se hvor sammensatt individuell utvikling er, og til ikke å forsøke å forenkle kompliserte forhold (Borg, Topor 2003).

Kan jeg da ved å være bevisst mine holdninger og gjennom brukermedvirkning bidra til bedring ved å vise forståelse i deres utfordring?

Patricia Deegan (1988) beskriver bedring som en prosess, en måte å leve på, en holdning og en måte å møte hverdagens utfordringer på. Der målet vil være å følge den menneskelige strømmen, med all sin individualitet. Bedring medfører å mestre utfordringene ved ens funksjonsbegrensninger og å gjenoppbygge følelsen av autonomi og mening innenfor disse begrensningene så vel som utenfor (Borg,Topor 2003:18).

Kåver (2005) skriver at psykisk helse, hva det nå må innebære er en verdi å streve etter. Det er ikke noe en har og forventes at vi fortsatt vil ha. Videre sier hun at vi bør konsentrere oss om å hjelpe pasienten med å oppnå balanse mellom akseptering og forandring, som vi si at et psykisk sunt liv vil inkludere psykisk smerte.

#### **4.5.3 Bedring via brukermedvirkning til egen medvirkning**

Bedringsprosesser foregår ikke i rettlinjet form. Pasienten kan være perioder med bedring, som så igjen kan bli etterfulgt av vanskelige faser. En vil kanskje ha følelsen av at det stagnerer, og ingenting ser ut til å hende, og det kan bli vanskelig ”å skynde seg langsomt”.

Vatne(1998) sier at som bruker forventes det at pasienten inntar en rolle som aktiv deltaker og medvirker i behandlingsprosessen. Sigstad (2004), mener at en reell brukermedvirkning vil være avhengig av en vilje til åpenhet på begge sider, både hos pasienten og den som hjelper. Ved hjelp av lover og ulike handlingsplaner er brukermedvirkning nå innført

innenfor ulike virksomheter, også i helse./ sosialfaglig sammenheng (St.meld.nr.21(1998-99); Rundskriv 1 -60/2000).

Lauveng hadde ønske om å bli psykolog. Hun fikk tidlig beskjed om det nok ikke var noen realitet for henne. Jeg tenker at ved å kommunisere på den måten så bidrar en ikke til å øke selvbilde til en pasient. En anerkjennende relasjon er nødvendig for at en skal kunne dele en hemmelighet eller dele en dristig tanke. Hvis det som meddeles blir mistrodd eller avfeid, vil en kunne oppleve/ føle et nytt nederlag. Om den som deler tanken/ ideen og blir anerkjent opplever en i tillegg at en ikke var dum, og våger kanskje å erkjenne mer (Leira 2003).

Hovedfokuset for brukermedvirkning er at en i hverdagen lar den enkelte få anledning til å ta egne valg og handle i forhold til eget liv i behandlingen (Vatne 1998). Videre sier hun at i en behandlingssituasjon vil anvendelsen av brukerbegrepet i større grad ha fokus på at brukerens ressurser, som kunnskap og kompetanse skal inngå som en viktig basis når en planlegger og gjennomfører tjenesten. Derfor forutsettes det at en kan ha en dialog hvor en kan dele opplevelse og oppfatninger rundt brukers situasjon (Vatne 1998).

Jeg tenker at for å få mestringsopplevelse, må en på veien til bedring gripe tak i og anvende pasientens ressurs mot hver enkeltes ønsker og mål. Her har vernepleieren et godt verktøy i anvendelse av den helhetlige arbeidsmodell (AHA), til bruk av både kartlegging, analyse og lage nye mål sammen med pasienten. Samtidig må pasienten oppleve selv å ha kontroll, med fokus av å kunne styre eget liv, Lauveng ønsket å bli psykolog og samtidig blir det viktig at målarbeidet kan ikke komme i gang før hun selv var klar for det.

Det Lauveng mente var viktig og riktig for henne var å få jobbe med å bli frisk. Hun fikk høre mange ganger at hun var kronisk syk og at hun aldri ville bli helt bra igjen, og den fokuseringen mener hun skadet henne.

Forskningsstudier skriver Vatne (2006) viser at pasienter som har fått diagnosen schizofreni har beskrevet egen bedring som en prosess som skaper ny mening og identitet. Et viktig kjennetegn ved bedring er når pasienten beveger seg fra en passiv tilpasning til symptomene, til mer aktiv mestring av hverdagen. En vil da prøve å flytte grenser ved å ta beslutninger som kanskje kan føles risikofylt. Dersom hun hadde blitt møtt med anerkjennelse, tenker jeg at det å kunna ha vært med på å skape en god relasjon og dialog.

I følge Vatne(2006) er dialog noe pasienten trenger mest, men samtidig noe pasienten også frykter mest. En god dialog vil derfor kunne bli en viktig tilnæringsmåte for å prøve å forstå, bekrefte og anerkjenne. Med dette mener jeg at det er viktig å knytte mestring til det pasienten selv synes er viktig med livet.

Videre skriver hun at kjernen i bedringsprosesser synes å være pasientens egen styrke og deltakelse i støtte fra sosial nettverk (Vatne 2006).

Endringen i synet på bedring viser at fagfolk – og myndighetene – har blitt bevisst på nye sider ved virksomheten som var for dårlig utført tidligere. Samtidig er det et historisk perspektiv her i den forstand at man tidligere hadde et sterkt medisinsk fokus, mens man i dag har et strekt fokus på sosial deltakelse og like rettigheter. Det er ikke nødvendigvis en motsetning mellom de ulike fokus – det må sees som i en helhet. Ved å ha åpen meningsutveksling der pasientens situasjon belyses fra flere sider, kan tilbudet bli mer mangfoldig og fleksibelt med mulighet til å skreddersy det etter individuelle behov. Dette krever imidlertid arbeid med verdier og normer, og det stiller samarbeidsevnen på prøve (Bredeland, Linge Vik 2011).

Ved aktivt å sette fokus på de faktorer som vi har mulighet for å påvirke, må vi ha evne til å gi håp og trygghet til å skape en god relasjon.

Deegan (2001) forteller at hun trengte hjelpere som kunne skape et forståelsesfullt miljø, der de verken var overreagerende eller invaderende, men støttende. En skal gi pasienten rom til å få erfare sitt ”psykotiske landskap”. På den måte må vi som hjelpere være åpne og tolerante for ulike opplevelser og livssyn fra pasienten (Vatne 2006).

Bedring skyldes ikke alltid det hjelperne tror. ”å komme seg” handler om muligheter til å leve med noen livsproblemer uten at man blir møtt som en diagnose, uten at jobben eller boligen tas fra en, eller at man blir inn- eller utskrevet fra et hjelpetiltak. Det handler om retten til et liv utenfor problemene (Borg, Topor 2003). På den måten kan kanskje vi som hjelpere føle oss mindre betydningsfulle, men gjennom kunnskap og refleksjon vil vi kunne være i bedre stand til å fange inn ulike sider ved livet, og at menneskelivet har mange dimensjoner.



Haugsgjerd m/ fl(2002) viser til at i flere etterundersøkelser fra 1950- 1970 årene synes det som mellom 20 og 30 % blir symptomfrie, og at 50-60 % blir arbeidsføre. Ved nyere forskning og erfaringer tenker jeg at utviklingen vil forandre seg fremover.

Tilretteleggelse av bolig, til skolegang og hjelp til å opprettholde fritidsaktiviteter er tiltak som hjelper den psykotiske pasienten til en meningsfylt tilværelse. Dermed vil det i tillegg til et behandlingsopplegg ved distriktpsikiatrisk senter (DPS), dagsenter eller psykiatrisk poliklinikk være behov for det kommunale hjelpeapparatet. Her trenger de og har krav på en individuell tilpasset behandlingsplan og lokal oppfølging (Snoek, Engedal 2008). Dette vil samtidig kreve samarbeid mellom ulike instanser.

Hvis det tverrfaglige samarbeidet mellom de aktuelle profesjonene som arbeider med pasienten har felles fokus ut fra bestemmelsen for den enkelte pasient, vil man kunne unngå uklare ansvarsforhold, uklare mål og profesjonskamp. Denne metoden gir en opplevelse av mestring og egenverd for de ansatte gjennom ansvar til gjennomføring av egne oppgaver, forpliktelse overfor pasient, pårørende og de andre i teamet (Bondevik, Nygaard(red)2006).

Vernepleierens fokus på tverrfaglighet blir derfor også et viktig element her. Som vernepleier skal vi kunne bidra til at ulike deler av hjelpeapparatet samarbeider om å gi pasienten et helhetlig hjelpetilbud.

Borg m/fl (2011) mener at deler av spesialisthelsetjenesten forsøker å ta inn kunnskap og erfaring som en del av det vi kan kalle brukermedvirknings- praksisene. Dette mener hun kan være en utfordring innenfor en tjeneste som er forankret i en grunnleggende antagelse om at den ekspertbaserte, psykiatriske kunnskapen er hegemonisk og i stor grad er synonym med "kunnskap". Pasientens kunnskaper og tenkemåter om noe annet passer ikke alltid inn og kan fort bli en del av "symptomatologien". Slik kan normalitetstrykket opprettholdes i tjenestene og vanskeliggjør mulighetene for å gjenreise egenverdet for mennesker som sliter i hverdagen med å få livet til å henge sammen.

I følge Vatne (1998) kan brukerperspektivet som overordnet begrep oppfattes som en paraplybetegnelse i forhold til de endringer en ønsker å oppnå i hjelpeforholdet i den offentlige forvaltning. Begrepene brukerdeltakelse, - medvirkning, -innflytelse, og – styring viser til grader av påvirkning pasienten kan ha.

En Individuell plan mener jeg kan være et bra verktøy i bedringsprosessen.

### § 2-5. Rett til individuell plan

*Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.*

For at tjenestetilbudet skal bli bra for den enkelte, er det viktig at det er mottakerens egne behov som ligger til grunn når planen utformes og følges opp. Planen skal sikre at den enkeltes behov for tjenester skal styre utformingen og iverksettelsen (Helsedirektoratet 2010).

I følge Askheim (2000) har empowerment med overføring av makt å gjøre, der makten gis eller tas tilbake til de som er brukere av omsorgstiltak. Sånn at de kan gjenvinne styringen av eget liv. ”Empowerment” er derfor som brukermedvirkning et demokratisk fenomen som forutsetter omfordeling av makt og utvikling av sosial rettferdighet (Vatne 1998:112).

Flere undersøkelser viser at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant dem som har de dårligste levekårene - og som mottar svakest tilbud fra kommunene.

Personer med alvorlige psykiske lidelser sliter med dårlig økonomi, og mange kan falle ut av arbeidslivet – på kort sikt på grunn av sykdom og - på lang sikt fordi de ikke får arbeid. Dette kan medføre at de møter hindringer selv når de er i stand til det og ønsker seg ut i arbeidslivet igjen (St.meld. nr. 25 1996-97).

Å kunne leve et mest mulig vanlig liv og føle seg verdsatt i samfunnet og den kultur man er en del av, er et viktig velferdsgode. Ved å være mer bevisst, og samarbeide med kommunen om individuell plan (IP), kan kanskje mennesker med psykiske lidelser bedre delta i yrkeslivet. Jeg mener at arbeid er ikke bare er en inntektskilde, det gir også rom for samvær med andre. Dette kan igjen bygge opp selvtillit, som fører til at en får tro på seg selv i å kunne mestre livet, dette vil igjen styrke følelsen av å være til nytte og opplevelse av å kunne leve et selvstendig liv.

I følge Sigstad (2004) er aktiv brukermedvirkning på systemnivå tilrettelegging for å kunne møtes fysisk, enten det er tapt arbeidsfortjeneste eller ved valg av møtested.

For at pasienten skal kunne oppnå et eierforhold til IP, mener jeg det er viktig at pasienten selv deltar i utformingen. Ved selv å arbeide mot egne ønsker og mål, kan motivasjonen til å delta i egen behandling øke. Her kan det da bli viktig å forsøke å balansere maktforhold mellom personal og pasient med fokus rettet mot å myndiggjøre pasienten, eller med andre ord, overføre makt fra profesjonelle hjelpere til pasienten. Dette vil da si at pasienten opplever å bli behandlet som en som vet noe om seg selv, og hva som hjelper. Vatne (1998), skriver at empowerment viser til en relasjon karakterisert av involvering og samarbeid. På en annen side kan det være vanskelig å myndiggjøre pasienten i perioder av sykdomsfasen.

Dersom pasienten er i så dårlig psykisk form at de ikke er stand til verken å vurdere eller vite om de ønsker, eller klarer å delta i utforming av egen plan. Dette kan være en aktuell situasjon når pasienten for eksempel kommer til et opphold på DPS. Dersom pasienten er i en dårlig periode i sykdomsfasen, kan starten av oppholde fortone seg som vanskelig for pasienten, som kan sies å være i en sårbar situasjon. I en slik situasjon kan det være nok og bare informere om IP som et tilbud på avdelingen, og at det blir litt opp til pasienten og ”styre” når dette temaet skal diskuteres.

Vatne (2006) skriver at sårbarhet hos pasienter viser seg ofte i situasjoner hvor de opplever å være i krise, og i situasjoner der de er preget av maktubalanse, som kan føre til økt angstnivå. Vil vi da være bevisst på å overføre makt til pasienten når pasienten har vært i dårlig psykisk form over en periode?

Michaelsen, Vatne, Hollingen (2007) skriver at det kan være vanskelig å involvere pasienten til å medvirke fordi mange pasienter over tid har tilegnet seg en passiv rolle, og fordi personal har for lave forventninger til pasientens deltakelse.

Dersom det kan være vanskelig for personal å gi fra seg ekspertrollen til pasientene, ved at en fremmer bruken av IP på en formell og rutinemessig måte, istedenfor et oppriktig engasjement for å fremme viktigheten av IP kan brukervedvirkning være vanskelig å få til (Michaelsen, Vatne, Hollingen 2007). Noe som gjenspeiler seg i forskningsstudier av Hewitt og Coeffey (2005) som viser til at dersom en har etablert en relasjon basert på tillit og allianse med pasienten, kan pasienten lettere følge et behandlingsopplegg (Vatne 2006). Økt grad av brukervedvirkning i lys av myndiggjøring, og i større grad overført mer makt til pasientene, tenker jeg bidrar til et eierforhold og en blir mer deltakende i egen behandling.

Selvbestemmelse er viktig for å utvikle seg som person, og for å utvikle egen identitet og som et handlende subjekt (Røkenes, Hanssen2006). Videre skriver de at selvbestemmelse er en menneskerettighet, og at det ikke er pasientens rett til selvbestemmelse som krever begrunnelse, men hjelperens rett til å begrense selvbestemmelse. En myndiggjørende tenkning innebærer derfor at en betrakter personen selv som ekspert på eget liv, og dermed å legge til rette for selvbestemmelse i både små og store valg i hverdagen (Røkenes, Hanssen2006).

Mange føler seg ensomme og mange må også ha flere innleggelsener i kortere eller lenger perioder. Jeg tenker at ved å ha en godt utarbeidet IP, kan dette være med på redusere noen av innleggelsene for mange.

## 5.0 Oppsummering og refleksjon

I min problemstilling lurte jeg på om brukermedvirkning kan bidra til mestring, økt selvbilde og bedring for pasienter med diagnosen schizofreni på en døgnetstet. Thune (2004) skriver om en drøm, der mennesker på friskhusene blir tatt i mot som individer, og ingen der blir dømt til å være syke resten av livet. I husene der er man opptatt av å finne det friske, kreative og levende i mennesket. Dette var hennes drøm om en annerledes psykiatri Vatne (2006).

I en samhandling mener jeg at den subjektive opplevelsen pasienter med diagnosen schizofreni har av egen situasjon må komme i fokus. Ved at en søker kontakt med ”det friske” støtter og forsterker den. Med brukermedvirkning bidrar vi til hjelp på noen områder, samtidig må vi ha et våkent blikk for hva personen mestrer på andre områder, og videreføre tillit der det er behov for. Ved da å få øvelse i å mestre, ved selv å kunne legge merke et eventuelt nytt sykdomsutbrudd, mener jeg øker Selvbilde. Pasienten kan senere være i forkant, vi kan gi rom/ tid, vise at personen blir møtt/ sett på en måte som bidrar til/ gir opplevelse av selvrespekt og tilfredsstillelse. I samhandling må vi ha fokus på personen som en hel person. Ved oppmuntring, støtte med fokus på pasientens ressurser, kan en bidra til at pasienten selv ser at han klarer, greier/ lykkes. Da bidrar en til mestring, som igjen gir følelsen av tilfredshet, ansvar, mening og kontroll. Dette kan på sikt føre til reduserte innleggelse. Så ved bevisst å bruke brukermedvirkning i å anerkjenne pasienten, med fokus på god relasjon og samhandling, mener jeg vi medvirker til å fremme pasientenes bedringsprosess, og dermed får pasienten mestringsfølelse.

## 6.0 Litteraturliste

- Aadland, Einar (2004). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- \*Askheim, Ole Petter (2000). Myndiggjøringsbegrepet i forhold til arbeidet med psykisk utviklingshemmete. *EMBLA* nr. 7
- Berge, Torkil og Repål, Arne(2000) *Den indre samtalen*. Innføring i kognitiv terapi. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bjerke Tore, Svebak Sven(1997) *Psykologi for høgskolen*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Borg, Marit og Alain Topor(2003) *Virksomme relasjoner* om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo Kommuneforlaget AS.
- Borg, Marit og Kristjana Kristiansen(red) (2009). *Medforskning- å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Universitetsforlaget. Oslo
- Borg, Marit, Jensen, Pernille, Topor, Alain, og Andersen, Anders Johan W. Tidskrift for psykisk helsearbeid (04/2011) *recovery med nordisk blick*
- Bredland, Ebba Langum, Linge, Oddrun Anita, Vik, Kjersti (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse*. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (red.) (2001). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bråten, Stein(1998) *Kommunikasjon og samspill*. Fra fødsel til alderdom. Tano Aschehoug. Otta AS.
- Bunkholdt, Vigdis (2002). *Psykologi – en innføring for helse- og sosialarbeidere*. Otta: Universitetsforlaget.
- Bondevik, Margareth og Harald A Nygaard (2006). *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Fagbokforlaget.
- Bø, Inge og Helle, Lars (2008) *Pedagogisk ordbok* Praktisk oppslagsverk i pedagogikk, psykologi og sosiologi. Universitetsforlaget. Oslo.
- Bøe, Tore Dag, Thomassen, Arne (2000) *Mot en mer menneskelig psykiatri* fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse. Universitetsforlaget.
- Cullberg, Johan(2001) *Psykoset* et humanistisk og biologisk perspektiv. Universitetsforlaget.

- Eide Tom, Aadland Einar *Etikk håndboka for kommunens helse – og omsorgstjenester* © 2008 Kommuneforlaget AS, Oslo
- Eide, H og T. Eide (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Samhandling, konfliktløsning, etikk, revidert utgave. Gyldendal akademiske. Oslo
- Ekeland, Tor- Johan og Heggen, Kåre (2007). *Mestring og myndiggjøring reform eller retorikk?* Oslo. Gyldendals akademiske.
- Evjen Reidunn, Øiern Tone, Kielland(2003). *Dobbelt opp*. Om psykiske lidelser og rusmisbruk. Universitetsforlaget. Otta
- Garsjø, Olav(1997) *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Universitetsforlaget AS.
- Garsjø, Olav (2001). *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Grenness, Carl Erik (1999) *kommunikasjon i organisasjoner* innføring i kommunikasjonsteori og kommunikasjonsteknikker.
- Haugsgjerd Svein, Jensen Per, Karlsson Bengt og Løkke Jon A.(2002). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsedirektoratet (2010) *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo  
Helsedirektoratet. Publisert 28.11 2011 Endret 7.12.2011
- Helse og omsorgsdepartementet St.meld. nr. 25 (1996-97).
- Helse og omsorgsdepartementet(2011) NOU :9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet.
- <http://www.vernepleier.no/>
- Kåver, Anna (2005) *Å leve et liv, ikke vinne en krig*. Om akseptering. Gyldendal Norsk Forlag AS. Otta.
- Leira, Halldis Karen (2003) *Det gode nærvær*. Kulturens psykologiske betydning. Fagbokforlaget Vigmostad& Bjørke AS.
- Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lorentzen, Per (2003) *Fra tilskuer til deltaker. Samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede*. Oslo: Universitetsforlaget.
- \*Michaelsen, Ragnhild, Solfrid Vatne og Anne Hollingen (2007). Koordinatorrollen ved individuell plan i psykisk helsearbeid : fokus på brukermedvirkning og samarbeid. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning nr. 4*, vol. 9, s. 15-28.
- Pasient – og brukerrettighetsloven –pasrl LOV-2011 -06-24-30 fra 2012-01-01

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget

Schibbye, Anne-Lise Løvlie(2001) *språk og endring*. Om å bruke språket for å skape endringsøyeblikk i psykoterapi. Tidsskrift for Norsk psykologforening.

\*Sigstad, Hanne Marie Høybråten (2004). Brukermedvirkning – et alibi? *Spesialpedagogikk*

Skau Greta Marie(2008). *Gode fagfolk vokser*. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal (2008). *Psykatri. Kunnskap - forståelse - utfordringer*. 3. utgave.

St.meld.nr.21(1998-99) *ansvar og meistring mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*

Ulvestad, Asbjørn Kårki, Henriksen, Arne Kristian, Tuseth, Anne-Grete, Fjelstad, Tor(red) (2007)*Klienten – den glemte terapeut* brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vatne, Solfrid (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen – Sandviken: Fagbokforlaget.

Vatne, Solfrid(2006) *Korrigere og anerkjenne* Relasjonens betydning i miljøterapi. Gyldendal Norsk Forlag AS.

### **Selvvalgt litteratur:**

Berge, Torkil og Repål, Arne(2000) *Den indre samtalen*. Innføring i kognitiv terapi. Gyldendal Norsk Forlag AS

Bjerke Tore, Svebak Sven(1997) *Psykologi for høgskolen*. Ad Notam Gyldendal. Oslo

Borg, Marit og Alain Topor(2003) *Virksomme relasjoner* om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo Kommuneforlaget AS.

Borg, Marit og Kristjana Kristiansen(red) (2009). *Medforskning- å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Universitetsforlaget. Oslo

Bredland, Ebba Langum, Linge, Oddrun Anita, Vik, Kjersti (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse*. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bøe, Tore Dag, Thomassen, Arne (2000) *Mot en mer menneskelig psykiatri* fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse. Universitetsforlaget.



- Cullberg, Johan(2001) *Psykoset et humanistisk og biologisk perspektiv*. Universitetsforlaget.
- Ekeland, Tor- Johan og Heggen, Kåre (2007). *Mestring og myndiggjøring reform eller retorikk?* Oslo. Gyldendals akademiske.
- Evjen Reidunn, Øiern Tone, Kielland(2003). *Dobbelt opp*. Om psykiske lidelser og rusmisbruk. Universitetsforlaget. Otta
- Grenness, Carl Erik (1999) *kommunikasjon i organisasjoner innføring i kommunikasjonsteori og kommunikasjonsteknikker*.
- Haugsgjerd Svein, Jensen Per, Karlsson Bengt og Løkke Jon A.(2002). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kåver, Anna (2005) *Å leve et liv, ikke vinne en krig*. Om akseptering. Gyldendal Norsk Forlag AS. Otta.
- Leira, Halldis Karen (2003) *Det gode nærvær*. Kulturens psykologiske betydning. Fagbokforlaget Vigmostad& Bjørke AS.
- Schibbye, Anne-Lise Løvlie(2001) *språk og endring*. Om å bruke språket for å skape endringsøyeblikk i psykoterapi. Tidsskrift for Norsk psykologforening.
- Ulvestad, Asbjørn Kårki, Henriksen, Arne Kristian, Tusest, Anne-Grete, Fjelstad, Tor(red) (2007)*Klienten – den glemte terapeut* brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vatne, Solfrid(2006) *Korrigere og anerkjenne* Relasjonens betydning i miljøterapi. Gyldendal Norsk Forlag AS.

**Selvbiografi:**

- Lauveng, Arnhild (2005) *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Forlag AS.
- Lauveng, Arnhild (2006) *Unyttig som en rose*. Cappelen Forlag AS.